



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

青少年：18歲

由青少年填寫自己的情況	青少年姓名		出生日期	
	過敏症		目前用藥	
	自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂			
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	我每天都吃早餐。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	我有可以交談的人。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	我每天都做健身運動。	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	我有關於性方面的問題。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	我的睡眠充足：每晚_____小時。	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------	------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
Screening:	
	MHZ R L
Hearing Screen	4000 _____
	2000 _____
	1000 _____
	500 _____
Vision Screen	R 20/ _____ L 20/ _____
	N A _____
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Social Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Physical:	
General appearance	N A _____
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Describe abnormal findings:	

<input type="checkbox"/> Dental Referral	<input type="checkbox"/> Tb	<input type="checkbox"/> Cholesterol	<input type="checkbox"/> Hgb/Hct
<input type="checkbox"/> Review Immunization Record			
Health Education: (Check all completed)			
<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control	<input type="checkbox"/> Dental Care	<input type="checkbox"/> School Plans	
<input type="checkbox"/> Injury prevention/safety	<input type="checkbox"/> Sex education/birth control		
<input type="checkbox"/> Sleep patterns	<input type="checkbox"/> Smoking	<input type="checkbox"/> Driving & Alcohol	
<input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol	<input type="checkbox"/> STD discussed	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS discussed	
<input type="checkbox"/> Self-Exam	<input type="checkbox"/> Tobacco Use	<input type="checkbox"/> Suicide/Depression	
<input type="checkbox"/> Regular physical activity			
Assessment _____			

NEXT VISIT:	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

ADOLESCENCE: 18 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine

- Recommend routine Td boosters every 10 years.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



健康兒童體檢 - 青少年：18歲
WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS
(符合EPSDT早期定期檢查、診斷和治療指南標準)

日期

青少年：18歲

由青少年填寫自己的情況	青少年姓名		出生日期				
	過敏症		目前用藥				
	自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂						
	是	否	是	否			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我每天都吃早餐。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我有可以交談的人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我每天都做健身運動。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我有關於性方面的問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	我的睡眠充足；每晚_____小時。

體重千克/盎司百分比	身高厘米/英寸百分比	血壓	飲食 _____
------------	------------	----	----------

<input type="checkbox"/> 系統審核	<input type="checkbox"/> 家族健康史審核																																																																																				
檢查： <table border="0"> <tr> <td></td> <td>MHZ</td> <td>R</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>聽力檢查</td> <td>4000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>視力檢查</td> <td>R 20/</td> <td>_____</td> <td>L 20/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>A</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>發育</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>行為</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>社交情緒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>身體：</td> <td>N</td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>整體外觀</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>胸腔</td> </tr> <tr> <td>皮膚</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>肺部</td> </tr> <tr> <td>頭部</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>心血管/脈搏</td> </tr> <tr> <td>眼睛</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腹部</td> </tr> <tr> <td>耳朵</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>生殖器</td> </tr> <tr> <td>鼻子</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>脊椎</td> </tr> <tr> <td>口咽/牙齒</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>手足</td> </tr> <tr> <td>頸部</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>神經</td> </tr> <tr> <td>淋巴結</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>步態</td> </tr> <tr> <td>精神狀況</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			MHZ	R	L	聽力檢查	4000	_____	_____		2000	_____	_____		1000	_____	_____		500	_____	_____	視力檢查	R 20/	_____	L 20/		N	A	_____	發育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	社交情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	身體：	N	A		整體外觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸腔	皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺部	頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心血管/脈搏	眼睛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹部	耳朵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生殖器	鼻子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊椎	口咽/牙齒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手足	頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神經	淋巴結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	步態	精神狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MHZ	R	L																																																																																		
聽力檢查	4000	_____	_____																																																																																		
	2000	_____	_____																																																																																		
	1000	_____	_____																																																																																		
	500	_____	_____																																																																																		
視力檢查	R 20/	_____	L 20/																																																																																		
	N	A	_____																																																																																		
發育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																		
行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																		
社交情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																		
身體：	N	A																																																																																			
整體外觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸腔																																																																																		
皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺部																																																																																		
頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心血管/脈搏																																																																																		
眼睛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹部																																																																																		
耳朵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生殖器																																																																																		
鼻子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊椎																																																																																		
口咽/牙齒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手足																																																																																		
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神經																																																																																		
淋巴結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	步態																																																																																		
精神狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																			
說明異常發現： _____ _____ _____																																																																																					

睡眠 _____
<input type="checkbox"/> 牙科轉介 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 膽固醇 <input type="checkbox"/> Hgb/Hct <input type="checkbox"/> 審核免疫記錄
保健教育：(勾劃所有已完成的項目) <input type="checkbox"/> 營養/體重控制 <input type="checkbox"/> 牙科保健 <input type="checkbox"/> 學校計劃 <input type="checkbox"/> 預防受傷/安全 <input type="checkbox"/> 性教育/避孕 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 吸煙 <input type="checkbox"/> 駕駛車輛與飲酒 <input type="checkbox"/> 毒品/酗酒 <input type="checkbox"/> 已討論過的性傳染病 <input type="checkbox"/> 已討論過的愛滋病毒感染/愛滋病 <input type="checkbox"/> 自我檢查 <input type="checkbox"/> 使用煙草 <input type="checkbox"/> 自殺/憂鬱 <input type="checkbox"/> 定期運動
評估： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

下次檢查：	保健服務機構名稱
保健服務機構簽名	保健服務機構地址

青少年：18歲

18歲時的身體保健

你的身體有哪些需要

你的牙醫應該能告訴你何時或者是否要長智齒。應該每天堅持用含氟牙膏刷牙並且使用牙線。

學會如何成為一名聰明的保健消費者，這能挽救你的健康（生命）。向醫生索取一份病史表格。與家長一起填妥並保存好這一記錄。

你終生都需要作健康體檢。向醫生詢問你需要哪種預防性健康檢查以及何時需要作這些健康體檢。血壓檢查？膽固醇化驗？子宮頸抹片檢查？乳房X光檢查？接種注射？何時？多久一次？

男性青年應學會作睪丸自我檢查（察看自己的睪丸）。在20至30多歲時患睪丸癌的危險性最高。

女性青年應學會作乳房自我檢查。瞭解自己的身體有助於保護自己。

若需要幫助或詳細資訊，請聯繫

戒煙：你可以上網查詢關於戒煙的資訊或者向美國癌症學會或美國心臟病協會電詢。

為青少年提供的性資訊：

www.teenwire.com

家庭暴力熱線：

1-800-562-6025

許多社區中心和學院都提供關於緩解壓力的講座。

健康行為

堅持定期運動是很重要的。你從現在開始每週至少需要做3次半小時的運動。邀請家長與你一起步行或騎車，這樣他們也能得到鍛煉。

營養始終是很重要的。應記住，人一直要長到二十多歲。保持均衡飲食，包括水果、蔬菜和鈣在內。年輕時的正確飲食可避免年老時發生的許多病狀。

在服用減肥藥和類固醇前，應認真瞭解清楚。用這些藥物取代飲食會使你的身體得不到所需的營養。所有的藥物都有副作用。應瞭解這些副作用。

生活方式

若你吸煙或咀嚼煙草，應尋找一項戒煙計劃。除導致癌症和心臟病外，煙草還會引起口臭和皮膚皺紋。想一想你可以用節省下來的錢做些甚麼。

認清壓力的跡象。尋找諸如運動、瑜伽、藝術或沉思之類的緩解方式。參加緩解壓力的講座。

男性和女性都應瞭解適當的家庭生育計劃常識、如何避免使自己意外懷孕及性傳染病。

安全須知

應注意安全。使用防晒霜。工作時注意安全。穿戴防護服、護墊、頭盔、後背護托和護目鏡。

每次行車時均應繫好安全帶。堅持要乘車者也使用安全帶。

學會保護自己免受性虐待或身體虐待。甚麼時候都不允許這些虐待。清楚你可以得到幫助。若你得知有人處於危險中，應協助他們尋找避護所或其他幫助。